

様式第26号

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日	起案
				年 月 日	決裁

出産育児一時金支給申請書 (償還払い)

金額 円

※太枠のみご記入ください。

被保険者証の 記号番号		個人番号 (マイナンバー12ケタ)																			
被保険者 である 出産者	氏名	フリガナ			種別・続柄	第1種 <input type="checkbox"/>		第3種 <input type="checkbox"/>													
						第2種 <input type="checkbox"/>		家族 <input type="checkbox"/>													
生年月日		昭和・平成・令和				年	月	日													
出生・死産の別 (どちらかに○)				出生・死産																	
出生児数	人	死産児数	人	<死産の場合> 妊娠からの週数及び日数				満 () 週													
								() 日													
出生児	氏名	フリガナ			生年月日		令和	年	月	日											

(注) 死産・流産・人口中絶の場合は、出生児欄の記載は不要です。

◎組合員の口座をご記入下さい。(静岡銀行に口座のある方はその口座をご記入下さい。)

振込先	預金種目	口座番号	名義人氏名
銀行	当座		フリガナ
信金	普通		

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日 (提出日)

〒

組合員住所

氏名

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※この申請書は、直接支払制度を利用しなかった場合に「出産育児一時金」の支給申請をするものです。

*次のものを添付してご返送下さい。

- ① 「直接支払制度利用の有無確認書」の写し
- ② 出産費用明細書 (領収書) の写し
- ③ 母子健康手帳の写し (子の保護者の氏名、出生届出済証明が記載されたページ)